



# SOCIODÉMOGRAPHIE PLUS

## RHSCIR Final

ENTREVUE

SP-Final RHSCIR

Page 1 de 6

### Données sociodémographiques Plus

☐ Information non disponible, incapable de compléter.

Spécifiez la raison : \_\_\_\_\_

**Instructions : posez les questions suivantes au participant.**

**Quelle compensation recevez-vous suite à votre lésion médullaire?** (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Assurance-salaire (ex. : Commission de la santé et de la sécurité au travail ou semblable)
- ☐ Autre assurance invalidité (ex. : prestations fédérales d'invalidité RPC, Association provinciale des personnes handicapées, prestations privées d'invalidité de courte ou longue durée)
- ☐ Assurance automobile (gouvernementale SAAQ ou privée)
- ☐ Autre assurance (i.e. assurance-emploi, assurance privée incluant les plans d'assurance-invalidité, assurance-vie, décès accidentel et perte d'un membre, prestations de vétérans ou Association canadienne des anciens combattants)
- ☐ Autre compensation (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ Ne sais pas quel type de compensation
- ☐ Aucune

**1. Quel est votre poids actuel?** (Si l'individu est incertain de la bonne réponse, vérifiez auprès d'un membre de son équipe de soins)

Arrondissez vers  
le chiffre  
supérieur le plus  
proche.

☐ lb

☐ kg

☐ Ne sais pas

**3. Depuis votre lésion, avez-vous fait usage de cannabis/marijuana pour des raisons MÉDICALES?**

(Incluant toute raison médicale même sans prescription d'un médecin)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**4. a) Depuis votre lésion, avez-vous pris des médicaments de prescription ou fait usage de drogues de rue pour des raisons NON-MÉDICALES?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**b) Si la réponse est OUI, veuillez cocher toutes les réponses pertinentes :**

- ☐ Cocaïne
- ☐ Pot/marijuana
- ☐ Hallucinogènes
- ☐ Héroïne/opiacés
- ☐ Speed/stimulants
- ☐ Médicaments prescrits pour vous
- ☐ Médicaments prescrits pour quelqu'un d'autre
- ☐ Autres substances inconnues

**5. Lorsque vous obtiendrez votre congé, si vous ne vivez pas dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel :****a) Avec qui habitez-vous?** (Choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Partenaire/conjoint
- ☐ Membre de votre famille
- ☐ Personne sans lien de parenté (non-rémunéré) (ex. : colocataire)
- ☐ Aidant rémunéré
- ☐ Seul(e)
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ N/A – J'habiterai dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel

**b) Bénéficierez-vous de soins de santé?** (Ex. : soins/soutien à domicile)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas
- ☐ N/A – J'habiterai dans un CHSLD, un centre hospitalier ou un centre correctionnel

**6. a) Avez-vous un professionnel de la santé régulier? Par ceci, nous faisons référence à un professionnel de la santé que vous voyez régulièrement ou avec lequel vous parlez lorsque vous avez besoin de soins ou de conseils de santé.**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**b) Est-ce que votre professionnel de la santé est ...?**

- ☐ Médecin de famille ou médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialiste comme un cardiologue ou un pédiatre
- ☐ Infirmière praticienne

- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- ☐ Ne sais pas

**7. a) Utilisez-vous une forme de ventilation assistée incluant (mais ne se limitant pas à) un respirateur mécanique, un stimulateur du nerf phrénique, un stimulateur du diaphragme, un appareil de ventilation à pression négative externe ou un appareil de ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPBi®)?** (Ceci n'inclut pas l'administration habituelle d'oxygène, la ventilation intermittente en pression positive (VIPP), ou la ventilation en pression positive continue (VPPC))

- ☐ Oui, 24 heures par jour au moment de mon congé (ceci même si vous êtes en sevrage de respirateur)
- ☐ Oui, moins de 24 h par jour au moment de mon congé
- ☐ Oui, nombre inconnu d'heures par jour au moment de mon congé
- ☐ Non (allez à la Question 8)

**b) Si oui, veuillez indiquer le type et compléter l'information additionnelle ci-dessous** (veuillez recueillir cette information à partir du dossier médical du participant, si nécessaire)

- ☐ Ventilation non-invasive avec appareil de ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPBi®)
- ☐ Ventilation non-invasive avec un respirateur (ex. : Trilogy, Stellar, etc.)
- ☐ Ventilation trachéale
- ☐ Stimulation du diaphragme
- ☐ Stimulation du nerf phrénique
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## Échelle de spasticité de Penn

**8. Avez-vous parfois des spasmes musculaires?** (Des spasmes musculaires sont des resserrements ou contractions puis relâchements des muscles [qui peuvent causer des mouvements involontaires de votre corps])

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez au questionnaire sur la douleur)
- ☐ Ne sais pas

**9. Quelle citation décrit le mieux vos spasmes?**

- ☐ Causés seulement par la stimulation (ex. : lorsqu'un muscle est étiré, ou qu'il y a stimuli causant de la douleur sous le niveau de la blessure, etc.)
- ☐ Spasmes spontanés non fréquents < 1 par heure
- ☐ Spasmes spontanés < 10 par heure
- ☐ Spasmes spontanés > 10 par heure
- ☐ Ne sais pas

## Questionnaire sur la douleur

Ces questions portent sur votre opinion au sujet de toute douleur que vous ressentez et comment elle peut interférer avec vos activités quotidiennes. On vous demandera également d'expliquer ce que vous faites pour contrôler votre douleur.

**10. a) Prenez-vous présentement quelque chose ou recevez-vous des traitements pour un problème de douleur?**

- ☐ Oui (ex. : médicaments, drogues récréatives, physiothérapies, psychothérapies, etc.)
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**b) Si Oui, quels traitements utilisez-vous pour gérer votre douleur?** (Choisissez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Complémentaires (ex. : biofeedback, acupuncture, hypnose)
- ☐ Neuromodulation médicale et de procédure (ex. : blocs nerveux, injections, implantation de stimulateurs, pompe intrathécale, TENS)
- ☐ Médicaments sans prescription (ex. : analgésiques en vente libre comme Tylenol®)
- ☐ Non-traditionnels (ex. : naturopathie, homéopathie, plantes médicinales)
- ☐ Psychothérapies (ex. : psychothérapie, thérapie cognitive de comportement, relaxation, gestion du stress, psychoéducation, groupes de soutien)
- ☐ Traitements de physiothérapie (ex. : physiothérapie, massage, chiropractie)
- ☐ Drogues récréatives (ex. : marijuana)
- ☐ Médicaments par prescription (ex. : morphine, codéine)
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**11. De façon générale, à quel point êtes-vous satisfait de la gestion de votre douleur?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas du tout satisfait —————> Totalemment satisfait

**12. a) Avez-vous ressenti de la douleur au cours des sept (7) derniers jours, incluant aujourd'hui?**

- ☐ Oui
- ☐ Non (Allez à la Question 13)

**b) Si OUI, au cours de la DERNIÈRE SEMAINE :**

**i) En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec vos activités quotidiennes au cours de la dernière semaine?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas d'interférence —————> Extrême interférence

**ii) En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec votre humeur générale au cours de la dernière semaine?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Pas d'interférence —————> Extrême interférence

**iii) En général, à quel point est-ce que la douleur interfère avec votre capacité d'avoir une bonne nuit de sommeil?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Pas d'interférence —————> Extrême interférence

**13. a) Depuis votre lésion, avez-vous ressenti de la douleur neuropathique?** (Douleur qui est souvent continue et intense et qui survient de manière spontanée ou par toucher léger et comprend une sensation de brûlure, de chocs, de picotements, etc.)

- ☐ Tous les jours
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Quelques fois par année
- ☐ Une fois par année
- ☐ Jamais (allez à la section Détails sur la collecte de données)
- ☐ Ne sais pas (allez à la section Détails sur la collecte de données)

**b) Localisation de votre douleur neuropathique** (cochez TOUTES les réponses pertinentes) :

- ☐ Tête
- ☐ Cou et/ou épaules
- ☐ Bras et/ou mains
- ☐ Torse (poitrine, abdomen, région pelvienne, et/ou région du périnée)
- ☐ Dos (haut et/ou bas du dos)
- ☐ Hanches, fesses, et/ou anus
- ☐ Haut des jambes/cuisses
- ☐ Bas des jambes ou pieds

**c) Intensité moyenne de votre douleur neuropathique au cours de la dernière semaine :**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas  
 Aucune douleur —————> Pire douleur que vous pouvez imaginer

**d) Avez-vous reçu un traitement pour votre douleur neuropathique?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

**e) Lorsque vous aviez de la douleur neuropathique, à quel point cette douleur vous limitait dans vos activités?**

- ☐ Pas du tout
- ☐ Très peu
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Complètement
- ☐ Ne sais pas

### Détails sur la collecte de données

<b>Nom de l'interviewer :</b> (lettres moulées)		<b>Initial es ici :</b>		<b>Date où l'entrevue a été terminée :</b>	AAAA-MM-JJ
--	--	-----------------------------	--	--	------------